

SOLICITUD POR FAX DE CERTIFICADO DEFUNCIÓN DE WISCONSIN

La información personal identificable solicitada en este formulario, incluyendo la información de tarjeta de crédito, será utilizada para procesar su solicitud y para pagar por las copias solicitadas. El no suplir esta información puede resultar en la denegación de su solicitud de copias.

- **Todas las peticiones por fax se cobran como servicio expreso**
- **Complete este formulario y envíelo por fax al siguiente número: 608-255-2035**

MULTAS: Cualquier persona que sabiendo y en forma voluntaria solicita en forma ilegal un certificado de defunción tendrá una multa que no sea de más de \$10,000 o será encarcelado por no más de 3 años, o puede recibir ambas penas.

ENVÍE A: (Debe darnos una dirección de calle si pide envío por Federal Express. FedEx no entrega a casillas de correo postal.)

Nombre _____

Dirección _____ **No. de Teléfono durante el día** _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO _____ **Fecha de Vencimiento** _____
(Visa, MasterCard, American Express o Discover)

Firma del Solicitante

Fecha

RELACIÓN CON PERSONA NOMBRADA EN EL REGISTRO

Sólo las personas que se anotan abajo pueden recibir una copia de un certificado de defunción:

Madre Padre Hijo(a) Hermana Hermano Esposo(a) Abuelos

Otro: Sólo para pedir copia no certificada. La copia no es válida para propósitos de identificación.

PAGO: (El pago **NO ES REEMBOLSABLE** si no se encuentra el registro.)

7.00	\$7.00	Pago por búsqueda que incluye una (1) copia del registro.
	\$3.00	Cada copia adicional del mismo registro emitido al mismo tiempo que la primera copia.
10.00	\$10.00	Servicio expreso
6.00	\$6.00	Pago por proceso de tarjeta de crédito

ENVÍO:

Correo regular – Enviado dentro de 5 días comerciales. Sin costo adicional.
 Federal Express – En estados Unidos continental, 2 días comerciales.

TOTAL

INFORMACIÓN DEL DEFUNCIÓN

Nombre del difunto _____ **Sexo** Masculino Femenino
Nombre Inicial Apellido (soltera)

Fecha de la defunción _____ **Lugar de la defunción** _____
Mes / Día / Año Ciudad, Aldea o Pueblo Condado

Nombre del esposo (a) ** _____
Apellido (de soltera) Nombre Inicial

Padres del difunto ** _____
Apellido Nombre Inicial

Edad/Fecha del Nacimiento del difunto ** _____ **No. Seguro Social del difunto **** _____

** Información útil para la búsqueda pero no necesaria.

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Certificate Number _____